

.....
(imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna)

.....
(miejscowość dnia)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

**WNIOSEK do Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej
RODZICA/ prawnego opiekuna/ O ZORGANIZOWANIE ZAJĘĆ
z wykorzystaniem technologii AVS i NeuroSky**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

Imiona rodziców.....

Miejsce zamieszkania.....

Przedszkole/ Szkoła..... Klasa.....

Zwracam się z prośbą o zakwalifikowanie dziecka na zajęcia AVS i NeyroSky. Dziecko ma problemy z (właściwe podkreślić):

- koncentracją uwagi
- zapamiętywaniem
- dokładnością i szybkością spostrzegania
- integracją wzrokowo-ruchową
- tempem pracy (powolnym/zbyt szybkim)

Czy dziecko korzystało dotychczas z zajęć (właściwe podkreślić):

- korekcyjno-kompensacyjnych
- terapii pedagogicznej
- stymulacji polisensorycznej
- terapii EEG Biofeedback
- lub innej na terenie szkoły/placówki (jakiej).....

.....
Podpis rodzica /Prawnego opiekuna

Kryteria do zakwalifikowania dziecka do zajęć:

- Wiek dziecka od 9 lat
- Dziecko nie może być objęte tą formą terapii na terenie innej placówki
- Dziecko nie może być objęte wczesnym wspomaganie rozwoju lub posiadać orzeczenie do kształcenia specjalnego lub nauczania indywidualnego.
- Dziecko przychodzące na terapię powinno być zdrowe, systematycznie uczęszczać. W przypadku choroby prosimy o telefoniczne ustalenie kolejnego terminu.
- Cykl spotkań obejmuje 10 spotkań. Zajęcia odbywają się raz w tygodniu, czas trwania ok. 40 min.

Oświadczam, że zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Administratora danych osobowych, tj. przez Poradnię Psychologiczno- Pedagogiczną w Ostrowcu Św. ul. Żeromskiego 5 danych osobowych moich i mojego dziecka, członków mojej rodziny w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w zakresie działalności na rzecz dzieci, a szczególności w zakresie tej formy jej działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko, którego jestem reprezentantem ustawowym.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do tych danych, możliwość uzupełniania, uaktualniania oraz żądania sprostowania w razie stwierdzenia, że dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe oraz, że podanie danych jest dobrowolne.

Rozporządzenie MEN z dnia 1 lutego 2013r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych późn. zm. (Rozporządzenie MEN z dn. 25 sierpnia 2017r.)

.....

Podpis rodzica /Prawnego opiekuna